**SABA Alarmering M e d i s c h e i n d i c a t i e aanvraag personenalarmering**

**SABA Gebruikernummer.** :

****

**Naam**  :

**Adres**  :

**Pc. Woonplaats** :

**Telefoon** :

**Geb. datum** :

**Inschrijf datum** :

**Verzekering**  :

**Bijzonderheden** :

**Email contactpersoon / gebruiker** :

Medische diagnose:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐ Alzheimer | ☐ CVA | ☐ Gebruik el. rolstoel | ☐ Parkinson |
| ☐ Aneurysma | ☐ Diabetes | ☐ Hernia / LSRS | ☐ Peroneusuitval |
| ☐ Arthrose | ☐ Epilepsie | ☐ Morbus Kahler | ☐ Terminale patiënt |
| ☐ COPD | ☐ Gebruik traplift | ☐ Oesophagusvarices | ☐ TIA |
| ☐ Anders |  |  |  |

Grondslag van de aanvraag voor personenalarmering als hulpmiddel:

Betrokkene is op zich ADL zelfredzaam maar thans is er sprake van verhoogd risico in samenhang met boven vermelde medische diagnose.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Er bestaat een duidelijke noodzaak om in geval van nood onmiddellijk medische  en/of technische hulp van buitenaf op te kunnen roepen: | ☐ JA | ☐ NEE |
| De alarmeringsapparatuur maakt het mogelijk zelfstandig te (blijven) wonen: | ☐ JA | ☐ NEE |
| Betrokkene is gedurende langere tijd op zichzelf aangewezen: | ☐ JA | ☐ NEE |
| Betrokkene kan alarmeringsapparatuur bedienen: | ☐ JA | ☐ NEE |
| Betrokkene kan in noodsituatie zelfstandig de telefoon bedienen: | ☐ JA | ☐ NEE |
| Personenalarmering is naar verwachting tijdelijk (korter dan 1 jaar) nodig: | ☐ JA | ☐ NEE |
| Personenalarmering is naar verwachting langdurig (langer dan 1 jaar) nodig: | ☐ JA | ☐ NEE |

**Naam huisarts (huisartsenpraktijk):**

Handtekening Huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dit formulier mailen of sturen aan SABA Alarmering. e-mail: [info@sabaalarm.nl](mailto:info@sabaalarm.nl)

*(Deze gegevens zullen uitsluitend worden gebruikt, voor de ziektekostenverzekering van het persoonsalarm)*